FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 21

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice MANSOUR

Né le 21 octobre 1903, au Caire (Égypte)
Ancien Externe des Hôpitaux
Médecin Colonial de l'Université de Paris
Médecin Sanitaire Maritime

La Syphilis sans Chancre

Président : M. GOUGEROT, *professeur*

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice MANSOUR

Né le 21 octobre 1903, au Caire (Égypte)
Ancien Externe des Hôpitaux
Médecin Colonial de l'Université de Paris
Médecin Sanitaire Maritime

La Syphilis sans Chancre

Président : M. GOUGEROT, *professeur*

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1930

DOYEN BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . . . Urologie.
GARNIER . . Pathologie expériment[le]
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.) Pharmacologie.
MILLOT..... Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOREAU. . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique.
OLIVIER. . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES. . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie
RETTERER. . Histologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale,
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LÉRI . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale,

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, protesseur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A M. le Docteur MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail, et qui nous a toujours si aimablement guidé de ses conseils et prodigué ses encouragements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur A. GILBERT (*In memoriam*)
M. le Professeur H. HARTMANN
M. le Docteur L. RAMOND
M. le Professeur agrégé R. DEBRÉ
M. le Docteur P. HALBRON
M. le Professeur COUVELAIRE

A MES MAITRES D'EXTERNAT

M. le Docteur A. MOULONGUET
M. le Docteur L. HUDELO
M. le Professeur agrégé G. MARION
M. le Docteur G. MILIAN
M. le Docteur P. HALBRON
M. le Professeur H. GOUGEROT

A MES MAITRES DE L'INSTITUT COLONIAL

M. le Professeur BRUMPT
M. le Professeur TANON
M. le Docteur M. LANGERON

La Syphilis sans Chancre

Dans la syphilis sans chancre, ou syphilis décapitée, on comprend les cas de syphilis où l'examen clinique le plus parfait n'a pas permis de déceler un chancre.

Il faut tout d'abord expliquer ce qu'est un chancre:

Au point d'inoculation d'une maladie quelconque se développe une lésion ; cette lésion sera la lésion primitive ou chancre.

Inoculons un crachat tuberculeux sous la peau d'un cobaye. Il s'y développera une ulcération contenant des bacilles de Koch, et qui sera le point de départ de l'infection générale.

Cette ulcération sera le chancre tuberculeux.

De même l'inoculation de la vaccine produit un chancre vaccinal.

Le chancre est donc un mode fréquent de début de maladie, mais, comme nous allons le démontrer, il n'est pas obligatoire.

Inoculons une culture de bacilles de Koch dans les veines d'un sujet, nous aurons une granulie généralisée sans chancre. De même, la vaccine injectée intraveineuse produit une vaccine généralisée sans chancre.

Ainsi que pour ces maladies, la syphilis humaine débute par un chancre et c'est ainsi qu'elle a été connue au moment de son individualisation au milieu de toutes les maladies vénériennes.

HISTORIQUE

La syphilis commençant par un chancre, se continuant par des accidents secondaires, puis tertiaires, était si usuellement connue que Ricord disait : « La syphilis commence toujours par un chancre, il n'y a pas de syphilis sans chancre. »

Néanmoins, on trouve des syphiligraphes moins affirmatifs, et déjà Vidal en 1842 dit : « Le bubon vénérien peut survenir après une ulcération ou une simple inflammation de la peau par le virus vénérien ou bien par une solution de continuité traumatique, ou même sans altération de ses téguments par absorption physiologique. »

Reynaud (de Toulouse), Baumès et Gibert citent plusieurs observations de bubons d'emblée donnant lieu à des accidents secondaires.

On voit encore l'opinion de Ricord discutée par H. de Castelnau dans les *Annales des maladies de la peau* de Cazenave (1850). Pour cet auteur, l'absorption du pus du chancre peut se faire sur un épiderme sain et à plus forte raison à travers les muqueuses. Il cite les exemples d'empoisonnement par les substances toxiques, telles que le mercure, déposées sur la peau.

Chausit, en 1850, rapporte une observation d'un bubon chaud suppuré sans porte d'entrée, survenu six jours après le coït et suivi au bout de treize mois de syphilides pustuleuses de la face cédant au protoïodure.

Gambérini, dans le même ouvrage, cite quatre observations d'adénite suivie dans les délais classiques de syphilides et de douleurs ostéocopes. Dans toutes, l'examen clinique est minutieux. Le gland n'est le siège d'aucune ulcération et l'émission d'urine se fait librement et sans douleur.

Au Congrès de Syphiligraphie et de Dermatologie tenu à Lyon en août 1894, Cordier reprend la question de la syphilis d'emblée : « Depuis longtemps déjà, j'ai suivi avec persévérance les malades qui, tourmentés par un coït suspect, guettent chaque matin l'éclosion d'un accident primitif. » Il considère, d'après ses observations, que la syphilis se manifeste par des accidents secondaires initiaux dans 27 % des cas.

Au Congrès de Rome, en 1894, Verchère cite un cas de syphilis ayant débuté par des accidents secondaires sans qu'une surveillance antérieure eût permis de constater un accident primitif.

En 1901, Kaposi cite des cas de syphilis sans accident primaire et sans traces d'ulcérations ou de cicatrices génitales.

Verchère, en 1904, cite le cas suivant : « X..., médecin, se marie ; examiné, il accuse avoir eu six mois auparavant une syphilis tout à fait bénigne,

mais indéniable, ayant été caractérisée par un tout petit chancre induré et quelques plaques de psoriasis palmaire.

Il s'est soigné dès le début et n'a plus rien eu. Sa femme, deux mois après le mariage, malgré l'absence constante de lésions chez le mari, présenta sur les jambes des ecthymas caractéristiques. Elle n'a jamais eu d'autres lésions. Un an après, elle a accouché d'un enfant bien portant mais qui présenta dans la suite des dents syphilitiques. »

En 1916, Nicolau cite le cas d'un médecin venant consulter pour une roséole non précédée de chancre ou de bubon, mais réserves sur la possibilité d'un accident stomacal en raison de troubles gastriques survenus au moment où aurait dû apparaître le chancre.

DÉMONSTRATION EXPÉRIMENTALE DE L'EXISTENCE DE LA SYPHILIS SANS CHANCRE

Lorsqu'on inocule un lapin au scrotum et non à la cornée, fréquemment, le résultat est négatif, alors que la cornée donne une kératite à tréponèmes presque constante, et l'on pense avoir manqué son inoculation. Mon maître, M. Milian, dit qu'il a « souvent considéré comme extrêmement difficile d'obtenir la syphilis du lapin par inoculation du scrotum en partant d'un virus humain. Il est beaucoup moins difficile d'observer que parmi les lapins inoculés de scrotum et qui, cependant n'avaient jamais présenté d'accident local au point d'inoculation, c'est-à-dire de chancre, il était fréquent d'observer dans les semaines suivantes, des accidents généraux de dépilation diffuse, petites lésions de la muqueuse, des naseaux, des commissures labiales et des réactions de Wassermann positives. Il m'est apparu depuis longtemps que dans ces conditions la syphilis avait été inoculée aux lapins sans qu'il y ait eu de lésion au point d'inoculation. »

Ces faits sont démontrés par M. le Professeur Kohle (*Münchner med. Woch.* 1927, n° 6) qui

obtient 100 % de résultats positifs en se servant de lapins inoculés comme dit précédemment, et qu'il appelle *nullers*, n'ayant jamais présenté d'accidents primitifs ni aucune manifestation de la syphilis.

Kohle se sert pour la réinoculation de leurs viscères et surtout de leurs ganglions poplités (méthode de Brown et Pearce).

Donc chez le lapin existe une syphilis sans chancre évoluant très lentement sans manifestations extérieures. Pourquoi nierait-on alors son existence chez l'homme ? D'autant plus que la syphilis du lapin rappelle énormément celle de l'homme.

Par voie intraveineuse, on peut inoculer la syphilis sans manifestations chancreuses.

Neisser, Uhlenhuth et Mulzer ont démontré que le sang d'un syphilitique est contagieux cinq à huit jours et peut-être même moins après l'infection.

En 1909 Uhlenhuth et Mulzer essayaient de provoquer chez le lapin une infection générale par injection intraveineuse de sérum de chancre, ou de papules secondaires, de l'homme, contenant des tréponèmes. Ils échouèrent probablement parce qu'ils introduisaient trop peu de virus (0,1 à 0,2 cmc.) et que d'autre part les tréponèmes venant directement de l'homme étaient moins virulents pour les lapins.

C'est pourquoi, en employant peu après une émulsion de testicules contenant des spirochètes et l'injectant à des lapins très jeunes (trois à quatre semaines) ils obtinrent 100 % de résultats positifs.

En 1924, Uhlenhuth et Grossmann cherchèrent à élucider les questions suivantes :

Peut-on, par injection intraveineuse de sang et de l'émulsion des organes, provoquer chez les lapins adultes, une dissémination régulière du tréponème dans l'organisme ?

Le tréponème est-il tôt ou tard détruit ?

Si le tréponème n'est pas détruit, est-ce qu'il se multiplie, sans pour cela donner lieu à des manifestations actives sur l'animal ?

Uhlenhuth et Mulzer en 1909, s'étaient servis de lapins mâles ; en 1924, Uhlenhuth et Grossmann se servirent de lapins femelles.

Ils utilisèrent comme germe d'inoculation une émulsion de testicules de lapins syphilitiques contenant 5 à 15 tréponèmes dans le champ du microscope.

Ils inoculèrent onze femelles. Deux périrent tout de suite. Six furent sacrifiées à des délais différents (25 jours, 39 jours, 72 jours, 80 jours, 106 jours et 182 jours). Leur sang et l'émulsion de leurs organes (foie, rate et moelle osseuse) furent réinoculés à des lapins neufs. La réinoculation donna un résultat positif dans les six cas.

En inoculant à quatorze lapins du sang seul et pas d'émulsion d'organes, ils obtinrent six cas positifs c'est-à-dire, 42,8 % des cas.

Sur 19 lapins inoculés avec l'émulsion d'organes seule, ils obtinrent 8 cas positifs soit 42,1 % des cas.

Des 9 femelles inoculées primitivement, ils en avaient sacrifié six, et ils en avaient gardé trois pour l'observation ; chez celles-ci, la syphilis se manifesta dans deux cas le quatre-vingt-seizième jour et dans le dernier le cent dixième jour soit trois mois et trois mois et demi après l'infection.

Il est donc prouvé que chez le lapin, l'introduction du tréponème par voie intraveineuse donne lieu à une syphilis évoluant soit d'une façon latente soit d'une façon active. D'autre part, quand on réinocule des animaux avec des organes d'autres animaux (de même espèce) à syphilis latente, les résultats positifs que l'on obtient presque à tous coups prouvent que même chez ceux où la syphilis évolue d'une façon latente, la multiplication des tréponèmes a lieu dans des conditions tout à fait favorables à leur développement.

Au Congrès des Microbiologistes allemands tenu à Francfort en 1925, Kolle rapprochant l'expérimentation de la clinique, dit que des faits analogues, se présentent chez l'homme avec une fréquence insoupçonnée.

ÉTUDE CLINIQUE DE LA SYPHILIS SANS CHANCRE

Raisons pour lesquelles la syphilis sans chancre est difficilement admise. — Il ne faut pas oublier que le syphilitique avoue difficilement sa maladie ou son origine acquise *omnis syphiliticus mendax est.* Les médecins eux-mêmes ne font pas exception. C'est pourquoi l'observation de Nicolau (citée plus haut) paraît suspecte ainsi que les deux suivantes dues au même auteur. Il s'agit d'ailleurs de deux médecins.

1° Observée par un médecin lui-même : coït suspect : dès le lendemain, excoriations détruites par cautérisation. Cicatrisation rapide de la plaie, sans développement de chancre, mais secondairement roséole.

2° Un médecin se pique avec une aiguille dont il s'était servi dans le traitement d'une syphilitique secondaire. Au bout de 19 jours roséole, sans adénopathie et sans chancre.

D'autres raisons peuvent être objectées à l'existence de la syphilis sans chancre, c'est le fait que le chancre peut passer inaperçu, particulièrement chez la femme ; chez l'homme, les chancres du méat

ou de l'anus peuvent échapper à l'examen de leur porteur.

Dans d'autres cas, la lésion peut être méconnue, mon maître, M. Milian cite un cas de chancre digital pris pour un panaris :

« J'ai vu, dernièrement encore, un jeune médecin étranger, *spécialisé en syphiligraphie*, sur le point de partir s'installer dans son pays, soupçonner chez lui l'origine syphilitique de maux de gorge que je reconnus pour être dus à des plaques muqueuses. Il y avait sur le corps quelques taches de roséole. Mais, disait ce jeune homme, spécialiste, *assidu des services de l'hôpital Saint-Louis* « je n'ai jamais eu de chancre ». Il n'y avait en effet à la verge aucune trace de chancre mais il y avait au médius gauche une lésion péri-unguéale infiltrée, accompagnée d'adénopathie épitrochléenne, qui était le chancre. Celui-ci avait été pris pour un panaris, et, dans un des services de l'hôpital, on avait incisé la lésion et coupé l'ongle. »

Le chancre mixte est fréquent et comme il évolue souvent en deux temps pendant quelques jours chancre mou, puis chancre dur, il ne faut pas oublier que parfois pendant cette deuxième période il peut garder les caractères du chancre mou et, si les accidents secondaires sont discrets, la syphilis n'est pas reconnue.

Actuellement, malgré ces objections, et en se basant sur l'expérimentation, l'existence de la syphilis sans chancre est donc démontrée.

Critique du mot « d'emblée ». — M. Milian, avec juste raison, tient à conserver cette appellation de syphilis sans chancre, qui réalise la syphilis décapitée de Fournier, contre l'appellation de syphilis d'emblée « car d'emblée signifie du premier coup, lorsqu'une syphilis commence par un chancre elle est aussi d'emblée que si elle commence par une roséole ou tout autre accident secondaire ».

Cependant, on peut parfois, et cela nous arrivera par la suite conserver le mot d'emblée après le mot de syphilis à la condition que ce terme se rapporte non à la syphilis elle-même, mais à une de ses manifestations qui apparaît comme étant la première en date. Par exemple, syphilis d'emblée ganglionnaire ou syphilis ganglionnaire d'emblée.

Classification des syphilis sans chancre. — Après avoir ainsi défini la syphilis sans chancre et en avoir prouvé l'existence, nous allons étudier ses variétés.

D'après Vladimir Feldmann on ne distinguerait que deux formes de syphilis sans chancre. Ce sont :

« *a*) Syphilis d'emblée, à début ganglionnaire, syphilis à bubon d'emblée ou syphilis cryptogène, lorsqu'en l'absence de chancre, la première manifestation de la syphilis est la pléiade ganglionnaire ;

b) Syphilis hématogène d'emblée, lorsqu'en l'absence de chancre et d'adénite la première manifestation de la syphilis est une éruption secondaire. »

Mais cette classification a le tort de laisser en

dehors d'elle certaines syphilis sans chancre aussi importantes par exemple que l'hérédo-syphilis ; aussi vaut-il mieux employer la classification de notre maître M. Milian, à savoir :

1° La syphilis conceptionnelle ;

2° L'hérédo-syphilis ;

3° L'entrée cutanée ou muqueuse sans effraction ;

4° L'inoculation veineuse périphérique (transfusion sanguine).

Nous allons reprendre ces quatre catégories en détail, en citant les plus importantes des observations que nous avons retrouvées dans la littérature, et en insistant sur les observations récentes, rigoureusement scientifiques, et à l'abri de tout reproche. C'est, en effet, sur de telles observations qu'il faut se fonder : celles où l'apparition du chancre a été surveillée de jour en jour et où il est difficile de supposer que le chancre a pu passer inaperçu.

Cependant, nous les ferons suivre de quelques observations, qui, malgré qu'elles paraissent moins probantes, présenteront peut-être un certain intérêt documentaire.

LA SYPHILIS CONCEPTIONNELLE

Diday, le premier a parlé de syphilis exceptionnelle (1876).

Fournier a repris ensuite cette idée et l'a fortement développée en citant cette observation due à Gailleton :

« Une jeune fille de seize ans a un seul coït avec un jeune homme affecté de syphilis depuis six mois, mais traité régulièrement et indemne de tout accident depuis un mois. Le lendemain même, ce jeune homme fut examiné par M. Gailleton qui ne découvrit sur lui aucune lésion ni sur le corps ni sur les organes génitaux.

Le coït unique avait rendu la jeune fille enceinte. Or, qu'arriva-t-il : c'est, d'une part, qu'au bout de deux mois et demi cette femme était atteinte de violents maux de tête, bientôt suivis de l'explosion d'une syphilis génitale avec plaques muqueuses à la vulve mais sans adénopathie inguinale.

C'est, d'autre part, qu'elle accoucha neuf mois plus tard d'une petite fille qui quinze jours après sa naissance présentait des accidents non douteux de syphilis héréditaire (coryza, syphilis pustuleuse). »

Le cas de Verchère, en 1904, cité plus haut se rapproche de cette observation.

Ces deux faits (et surtout celui de Fournier, car dans celui de Verchère l'éruption de la mère pourrait être antérieure d'environ trois semaines à la fécondation de l'œuf), pour les partisans de la théorie de syphilis conceptionnelle, prouvent que l'infection fœtale précède et serait la cause de la contamination maternelle.

Mais cette doctrine ne pas être à l'abri de toute critique : tout d'abord il est difficile d'imaginer comment un tréponème puisse se loger dans la tête d'un spermatozoïde qui est de bien plus petite dimension. A moins d'invoquer alors l'existence de formes sporulées (Carle et Bobrie) qui, outre qu'elles n'ont pas encore été mises en évidence semblent n'être invoquées ici que pour l'appui de la thèse. Il paraît donc beaucoup plus logique de considérer que la femme a été infectée non point par le fœtus, mais plus probablement par le mari soit que celui-ci eut une lésion passée inaperçue, que son sperme fut contaminant.

Cette hypothèse du sperme contaminant paraît d'autant plus vraisemblable que Pinard a décelé l'existence de tréponèmes dans le sperme et que les expériences de Uhlenhuth et ses collaborateurs (citées plus haut) ont d'ailleurs établi la contagiosité du sperme et des testicules : soit en partant de testicules frappés de lésions spécifiques, soit de testicules sains cliniquement.

Ceci paraît d'ailleurs rationnel, d'autant plus que certains auteurs déclarent que l'infection directe et primitive de l'œuf entraînerait dans ce dernier des perturbations évolutives incompatibles avec son développement secondaire.

Cependant une observation récente de M. Tzanck semble démontrer que le fœtus peut être contaminé indépendamment de la mère du fait du père. M. Milian en citant cette observation dit :

« Voici une observation qui pour acquérir une valeur définitive au point de vue auquel nous nous plaçons, aurait besoin d'être suivie de quelques autres similaires ».

Voici d'ailleurs l'observation due à l'obligeance de mon camade Uhry, interne des hôpitaux (publiée dans le service de M. Lévy-Solal par MM. Tzanck, Lévy-Solal et Uhry).

OBSERVATION I

« Le 13 avril 1927, Mme R... (40 ans) est hospitalisée à la maternité de Saint-Antoine pour une fausse couche de 3 mois infectée.

Le 18 avril curage et curettage dans le service.

Le 20 avril, l'état général ne s'améliorant pas, on pratique une transfusion de sang de 300 grammes environ, en prenant comme donneur l'ami de la malade.

Le 7 mai, la malade sort sur sa demande, guérie.

Vers le 30 juin, elle remarque l'apparition sur le corps d'une éruption discrète en même temps qu'elle commence à perdre ses cheveux.

Elle vient nous revoir le 6 juillet pour ces symptômes.

A l'examen : roséole syphilitique typique, céphalée, alopécie, ganglions cervicaux et inguinaux. W + +.

En interrogeant la malade, on apprend qu'elle vit maritalement depuis 6 ans 1/2 avec son ami ; elle a eu deux fausses couches de 2 à 3 mois. Elle n'a jamais présenté d'accidents cutanés.

Nous faisons revenir l'ami aux fins d'examen et nous apprenons qu'il a été traité en 1920, étant militaire, pour une syphilis secondaire, mais traité incomplètement (deux séries de novar) ; depuis n'a plus suivi de traitement. Son Wassermann est actuellement positif. Or Mme R... n'a eu de rapports avec lui que fin mars avant son entrée et début juin après sa sortie.

Il semble donc indiscutable qu'il s'agit d'une syphilis par transfusion sanguine sans chancre et ce, malgré la cohabitation et les fécondations antérieures ».

Cette observation, évidemment impressionnante, doit faire admettre l'une des deux hypothèses suivantes : ou bien l'existence d'une syphilis conceptionnelle (dans le sens que Fournier donnait à ce mot) ou bien la possibilité d'une surinfection syphilitique chez une femme qui n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques, en dehors de ses fausses couches, et qui n'a jamais été traitée comme telle.

HÉRÉDO-SYPHILIS

L'hérédo-syphilis constitue un exemple banal et admis par tout le monde de syphilis sans chancre. Nous passerons rapidement sur ce chapitre. On sait en effet que la syphilis héréditaire peut se manifester d'une façon précoce ou tardive.

Précoce : il est fréquent de voir des nourrissons naître en pleine manifestation de syphilis secondaire (muqueuses, cutanées, viscérales) en pleine évolution, sans présenter quoi que ce soit qui ressemble à un chancre d'inoculation cutanée ou muqueuse.

Tardive : dans les premières années de la vie, de l'adolescence ou même plus tardive encore, V. Feldmann cite le cas d'une femme chez laquelle la syphilis se manifesta pour la première fois à 32 ans sous forme périostites tertiaires graves du maxillaire supérieur et sous forme de kératite interstitielle bilatérale, récidivant malgré le traitement spécifique.

L'explication de ces faits est d'ailleurs des plus faciles, la contamination se faisant évidemment par le cordon ombilical, il n'y a pas de porte d'entrée cutanée ou muqueuse, donc pas de chancre.

M. Milian fait remarquer à ce sujet que le foie fourmillant de tréponèmes peut être assimilé à un véritable chancre d'inoculation.

Idée intéressante au point de vue de la pathologie générale et qui peut, comme nous le verrons plus tard, soulever des recherches peut-être fécondes. Mais nous préférons conserver au chancre son sens habituel de lésion au point d'entrée.

L'ENTRÉE CUTANÉE OU MUQUEUSE SANS EFFRACTION

Il existe des cas incontestables d'infection syphilitique par la peau ou les muqueuses sans qu'il y ait de chancre visible au point d'inoculation. Au Congrès de Copenhague (août 1930) le Dr Mario Truffi de Padoue dit qu'il est indéniable que des spirochètes provenant de l'extérieur puissent pénétrer dans l'organisme sans déterminer aucune lésion au point d'inoculation.

Cependant les faits qui appuient cette théorie d'une syphilis sans chancre au point d'entrée, constituent un ensemble assez hétérogène que nous croyons pouvoir pour la clarté de l'exposition et la rigueur scientifique classer en trois zones : *a*) il y a eu une porte d'entrée évidente qui peut avoir été modifiée par une intervention précoce ou intempestive ; *b*) porte d'entrée évidente non traitée et n'étant pas ultérieurement le siège d'un chancre ; *c*) enfin les cas vraiment purs dans lesquels une syphilis ganglionnaire ou secondaire s'est développée sans qu'il ait été possible à aucun moment de déceler ni chancre ni même une porte d'entrée.

Mais avant d'aborder les faits cliniques, rappelons que cette possibilité de syphilis sans chancre au

point d'inoculation a été démontrée expérimentalement par les inoculations scrotales au lapin (nuller).

a) *Porte d'entrée évidente modifiée par une intervention :*

Heuss cite le cas d'un médecin qui, après un rapport avec une femme syphilitique, porteuse de syphilides papuleuses vulvaires, voyant une légère écorchure du frein, fit dix heures plus tard, une large excision. La plaie se cicatrisa parfaitement sans induration ultérieure, ni adénopathie régionale, mais dix semaines après, apparut la roséole.

Cordier a vu un jeune homme atteint de phimosis qui à la suite de déchirure lors d'un coït, devient un paraphimosis. L'examen de la partenaire lui ayant permis de constater des plaques muqueuses sur les grandes et les petites lèvres, il fit 36 heures après le contact une circoncision. Aucun accident local ultérieur, ni ganglion, mais 56 jours après éclatent les accidents secondaires.

Il est évident que ces deux cas de portes d'entrée connue et modifiée sont loin d'être à l'abri de la critique. D'une part comme nous le verrons dans la pathogénie, l'excision d'un point d'inoculation de syphilis même précoce ne met pas à l'abri de l'atteinte ganglionnaire et généralisée. D'autre part rien ne prouve qu'une intervention intempestive ne modifie pas les circonstances d'apparition et de développement ultérieur d'un chancre. Par contre la deuxième classe de faits nous paraît plus intéressante.

b) *Porte d'entrée évidente non traitée et n'étant pas le siège ultérieur d'un chancre.*

OBSERVATION II

Deux cas de Julien en 1901 : « un chirurgien et son aide, en opérant une femme de trente-deux ans d'une gomme scrofuleuse du sternum, se piquent l'index droit avec une aiguille. La plaie se cicatrisa très bien au bout de 2 ou 3 jours sans traitement. Neuf jours après l'opération, lorsqu'on enleva le pansement de la malade, on découvrit sur elle une roséole abondante et sur la commissure inférieure des grandes lèvres un accident primitif. Vingt-six jours après la piqûre, le chirurgien fut pris de fièvre et de malaises généraux. En même temps, son doigt enfla un peu, la place de la piqûre devint douloureuse, et, il apparut une érosion superficielle, du reste sans aucune secrétion. Le trentième jour, roséole abondante. Chez son aide après trente jours, fièvre et frissons ; le trente-troisième jour roséole, sans aucune manifestation au lieu de la piqûre ».

OBSERVATION III

Le professeur Ludwig Walsch publie en 1910 le cas suivant : « Un médecin opère en mars 1907, de paraphimosis, un sujet syphilitique, et se blesse accidentellement l'index droit. Il nettoie son index à l'alcool, cautérise avec du nitrate d'argent et termine l'opération. La plaie se cicatrisa bien, laissant une cicatrice linéaire très souple. Le médecin, craignant toujours de s'être infecté, observe minutieusement son

doigt, sans y rien constater. Au bout de soixante jours, exanthème syphilitique. Et Walsch ne constata ni sur le doigt ni sur le corps aucune trace de chancre. »

OBSERVATION IV

En 1910, le Professeur Bettmann publie :

« Un médecin faisant la cinquième piqûre de salicylate de mercure à un syphilitique avec manifestations récidivantes, cassa accidentellement l'aiguille. Il tâche immédiatement d'extraire l'aiguille et se pique alors à l'index droit. Néanmoins, il termine l'opération, et, après, soigne son doigt. La plaie se cicatrisa rapidement.

Mais, dix-neuf jours plus tard, fièvre, mal à la gorge, adénite douloureuse des ganglions cervicaux. Le jour suivant, c'est-à-dire le vingtième, le médecin remarqua sur son avant-bras droit une roséole qui s'étendit 24 heures après sur son tronc et à l'extrémité supérieure gauche, et encore, 24 heures plus tard, sur les extrémités inférieures. Le vingt et unième jour. M. le Professeur Bettmann put constater une roséole abondante, des papules lenticulaires sur l'avant-bras droit, les ganglions sus-épitrochléens et sous maxillaires indolores, quelques ganglions douloureux du cou et rien sur l'index ».

OBSERVATION V

En 1917, Gaucher cite un cas qui se rapproche de ceux-ci observé dans la clinique du Dr Besnier où l'on traitait les psoriasiques par des injections d'oxyde jaune de mercure.

« A la suite d'une erreur du médecin, on fit à un de ces malades une injection avec une aiguille dont on s'était servi auparavant pour injecter un syphilitique. L'aiguille n'avait pas été stérilisée. Le malade resta en observation dans la clinique de M. Besnier. On ne put constater chez lui un chancre, mais le quarante-deuxième jour apparut une roséole ».

OBSERVATION VI

En 1922, cas de Félix Weller :

« Un malade, ayant un seul rapport sexuel après une interruption de plusieurs mois, remarque, immédiatement après le coït, une petite fissure sur son pénis. Il la cautérisa immédiatement avec une solution concentrée de permanganate de potasse. Le troisième jour, il s'adressa à Weller qui constata chez lui une petite escarre avec phénomènes inflammatoires périphériques et un seul ganglion inguinal douloureux à la pression.

Sous l'influence d'un traitement indifférent, l'escarre se détache et dans l'érosion mise à nu, on ne peut trouver de tréponèmes, malgré des recherches répétées.

Au bout de quelques jours, l'érosion se cicatrisa et le ganglion redevint normal.

Pendant ce temps, le malade apprit par le médecin soignant sa maîtresse qu'au moment du coït, elle avait des papules muqueuses des organes génitaux. Tous les jours le professeur Weller l'examina minutieusement, mais il ne put trouver nulle part ni chancre, ni rien qui ait pu soulever de soupçon La muqueuse de l'urètre se révéla normale (endoscopies répétées). La huitième semaine après le coït, le

B.-W. était négatif. Weller congédia le malade, tout en se proposant de répéter plus tard l'examen du sang. Le onzième semaine après, soixante-dix à soixante-dix-sept jours post coïtum, le malade revint chez le professeur Weller se plaignant de maux de tête et de fatigué. Sur la poitrine et sur l'abdomen, on put constater la roséole et, cette fois-ci, le B.-W. fut positive. »

En examinant ces six cas on remarque que dans trois d'entre eux, les deux de Julien et celui de Bettmann, les accidents secondaires apparaissent dans des délais très courts : trente, trente-trois et dix-neuf jours après la supposée inoculation, et comme nous le verrons plus tard ces délais sont trop courts.

Le cas de M. Gaucher bien qu'apparaissant un peu tôt ne peut pas soulever de doute, et d'un autre côté le malade a toujours été sous la surveillance du médecin.

Les cas de Walsch et de Weller apparaissant l'un soixante l'autre soixante-dix à soixante-dix-sept jours post-coïtum, donc dans les délais trouvés par l'expérimentation, semblent être indiscutables.

c) *Cas purs dans lesquels on ne trouve pas la porte d'entrée :*

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance du Pr Gougerot.

Roséole sans chancre avec adénite inguinale classique.

« Le 16 janvier 1919, P... René, 25 ans, se présente à la consultation du soir à l'hôpital Saint-Louis, pour une érup-

tion généralisée du thorax et de l'abdomen, apparue brusquement il y a quinze jours.

A l'examen, on constate sur tout le tronc et sur les membres supérieurs une éruption de roséole, formée d'assez larges éléments confluents. Les uns sont de la taille d'une pièce de vingt à cinquante centimes, les autres atteignent le diamètre d'une pièce de un à deux francs, dans la région scapulaire et sur les épaules. La couleur des éléments est d'un rose vif et ils ont tendance à être un peu ortiés, œdémateux. L'éruption est monomorphe ; nulle part on ne trouve de lésions vraiment papuleuses disséminées au milieu des macules. L'éruption est intense, presque confluente en certaines régions. Elle atteint le thorax et l'abdomen surtout, mais elle envahit également les bras et les avant-bras où les éléments sont nummulaires. Dans le dos, la disposition des éléments se fait suivant les lignes de la peau. A aucun endroit on ne constate de desquamation. Les muqueuses sont indemnes.

Le malade nous dit que cette éruption est apparue il y a une quinzaine de jours, qu'elle a débuté sur l'abdomen et ne s'est, à aucun moment, accompagnée de prurit. Il a eu au début quelques symptômes digestifs : pesanteur d'estomac, état nauséeux, si bien qu'il avait attribué l'ensemble de ces symptômes à l'ingestion de crevettes ; mais la persistance de l'éruption l'avait amené à consulter.

En présence d'une telle éruption, on pense aussitôt à une roséole syphilitique et l'on recherche le chancre. Or, l'examen minutieux des muqueuses génitales et anales, la palpation de l'urètre ne révèlent aucune érosion, aucune cicatrise visible, aucune induration suspecte.

Par contre, l'exploration des aires ganglionnaires montre dans l'aine gauche un volumineux ganglion de la taille d'un gros œuf de pigeon, dur, mobile, indolore, accompagné d'un autre ganglion plus petit, du type classique du ganglion syphilitique et l'on découvre deux ganglions épitrochléens, un à droite, un à gauche et un petit ganglion sous-maxillaire droit.

Le reste de l'examen somatique est entièrement négatif ; il ne se plaint ni de céphalée, ni de douleurs quelconques osseuses ou autres, il n'a pas d'alopécie. Il nie formellement l'existence antérieure de toute lésion muqueuse ou cutanée.

Cette roséole si intense, sans chancre, sans plaques muqueuses, sans céphalée, semble si contraire au dogme classique que certains, autour de nous, doutent du diagnostic de syphilis ; le B.-W. se montre positif total et les injections de 914 : 0,15, 0,30, 0,45 guérissent en douze jours cette roséole.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance du Professeur Gougerot.

Syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique.

« Un étudiant en médecine nous conduit, le 10 février 1913, chez son frère, étudiant en chirurgie dentaire, parce qu'il souffre depuis douze jours d'un bubon subaigu, qui la veille s'est ulcéré. L'aspect est celui d'une adénite chancrelleuse, peau rouge, violacée, ulcération étroite, à bord décollés ; ganglions empatés de péri-adénite douloureuse. Immédiatement, nous demandons la date du chancre mou, porte d'en-

trée ; le malade et son frère affirment qu'il n'y en a pas eu ; nous cherchons et nous ne trouvons aucune trace, aucune cicatrice. Nous ne nous étonnons pas, connaissant les bubons chancrelleux, sans chancre mou, porte d'entrée.

Portant provisoirement ce diagnostic, nous cherchons le bacille de Ducrey ; ni sur les frottis du pus, ni après centrifugation de la sérosité obtenue par lavage de la poche, ni en cultures, nous ne trouvons le moindre bacille ; nous proposons au malade une auto-inoculation au bras avec le pus suspect. Cette auto-inoculation reste négative. Que conclure ? Est-ce une chancrello-syphilis déshabitée ? C'est possible, mais peu probable en raison de l'évolution ultérieure vers une syphilis secondaire et de l'efficacité du traitement anti-syphilitique qui en seize jours guérira cette adénite jusque-là rebelle.

Etonnés, nous cherchons dans une autre voie et nous réclamons l'examen de la partenaire. Elle présente des érosions buccales suspectes et nous avoue être spécifique, soignée à Broca ; sa séro-réaction est positive totale (HO le 26 février) ; nous demandons donc une séro-réaction du malade ; elle est positive le 1er mars (HO). Le même jour, nous cherchons le tréponème dans le pus, il n'y en a pas (car ils sont lysés par le pus), mais dans la sérosité de grattage du ganglion, nous en trouvons trois indiscutables. Nous aboutissons donc au diagnostic si discuté de « syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique ».

Mais, pour éliminer une infection secondaire expliquant la suppuration si anormale à la période primaire, nous poursuivons l'étude bactériologique ; le malade s'y prête d'autant mieux que ni lui, ni son frère, férus de livres clas-

siques, ne veulent admettre la syphilis et refuse tout traitement anti-syphilitique.

Ce n'est pas une mycose : aucun germe en frottis ou à l'ultra-microscope, cultures à froid et à 37° négatives, séro-diagnostic négatif, traitement ioduré inefficace. Malgré qu'il y ait des mycoses certaines à parasites vus et revus dans les lésions qui restent rebelles aux iodures et aux iodiques, malgré que nous ayons une riche collection de mycoses à parasites incultivables, nous rejetons ce diagnostic.

Ce n'est pas une tuberculose subaiguë ; pas de bacilles sur lames, ou après homogénéisation, inoculation négative au cobaye, polynucléose du pus et bien qu'il y ait des tuberculoses atypiques « déshabitées », nous ne croyons pas à la tuberculose ; le traitement anti-syphilitique ayant guéri complètement la lésion en seize jours.

Ce n'est pas une adénite gonococcique : pas d'urétrite, pas de gonocoques aux examens directs, ni en cultures.

Ce n'est pas une suppuration au cours d'affection génitale : balano-posthite, etc.

Ce n'est pas une suppuration banale due à des pyocoques vulgaires, les cultures faites avec la sérosité de grattage de la coque ganglionnaire restent négatives.

Est-ce une lympho-granulomatose suppurée ? A l'ultra, nous n'avons rien vu de comparable aux amibes décrites ultérieurement par Ravault, éliminant bien entendu les mononucléaires qui les simulent par leurs mouvements. La preuve de l'émétine ou de l'émétique ne fut pas tentée, n'étant pas alors connue.

Est-ce un virus filtrant comparable au virus herpético-

encéphalitique de Levaditi et Harvier. Ces faits étant alors inconnus, l'inoculation à la cornée du lapin ne fut pas faite.

Jusqu'à preuve du contraire, et en raison de cette étude bactériologique, je maintins le diagnostic de syphilis sans chancre et à bubon suppuré syphilitique. Les adénites suppurées syphilitiques étant exceptionnelles mais signalées, je réinsiste pour que le traitement soit fait. Le malade ne veut pas l'admettre et disparaît.

Or, il revint au début d'avril, repentant et persuadé ; il présente en effet le tableau complet de l'explosion secondaire : vers le 15 mars, il s'aperçut de la roséole et ne voulant pas y croire,il attendit les plaques muqueuses qui apparurent fin mars. Le traitement est enfin commencé ; son frère lui injecte du 606 et deux piqûres de 0,20 et 0,30 centigrammes suffisent à cicatriser l'adénite en seize jours et à faire disparaître les accidents secondaires.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance du Dr Carteaud

Drs Lévy-Bing et A. Carteaud.

Un cas d'adénite inguinale syphilitique sans chancre.

M. X..., âgé de 28 ans, nous est envoyé le 18 juillet 1930 par un confrère pour une adénopathie inguinale droite datant d'environ 15 jours.

Cette adénopathie est complètement indolente spontanément. Elle est visible, car il existe un léger bombement du pli de l'aine du côté droit mais elle ne paraît pas inflammatoire, le tégument ayant gardé sa coloration normale. A la

palpation, on perçoit un gros ganglion dur, mobile sur le plan profond, non douloureux mais légèrement sensible, de la grosseur d'une noix. A côté de ce ganglion principal, on en sent un autre, beaucoup plus petit, également dur et mobile. Quoique le tableau clinique ne soit pas tout à fait celui de la pléiade ganglionnaire de l'adénopathie spécifique, notre première pensée est que nous nous trouvons en présence d'une adénopathie syphilitique.

Ces deux ganglions appartenant aux groupes supérieurs des ganglions de l'aine, nous recherchons immédiatement la porte d'entrée de l'infection. Mais, malgré un examen des plus minutieux, explorant peau et muqueuses, nous ne trouvons nulle érosion, si minime soit-elle, dans le territoire cutané et muqueux correspondant aux ganglions atteints. Il n'existe en effet aucune lésion de la paroi abdominale, de la verge, du périnée, de l'anus et du scrotum. En aucun point il ne nous est possible de retrouver la trace d'un chancre d'inoculation.

Par contre, à la partie moyenne de la face externe de la cuisse droite, on note un petit furoncle en voie de cicatrisation.

En interrogeant le malade, on apprend que ce furoncle est apparu environ huit jours avant la tuméfaction de l'aine.

L'enquête étiologique ne permet de préciser aucun autre point. Le sujet a eu, depuis deux ou trois mois, des coïts répétés avec plusieurs femmes différentes sans qu'il puisse se souvenir des dates de ceux-ci.

L'examen du thorax et des flancs ne décèle aucune éruption suspecte. La bouche et la gorge sont indemnes.

En résumé l'adénopathie inguinale constitue le seul symptôme pour lequel le malade vient consulter.

Méconnaissant la véritable nature de cette adénopathie, nous pensons qu'elle est consécutive au furoncle de la cuisse. Nous rassurons le malade, prescrivons une pommade au collargol et lui conseillons ne venir au cas où cette réaction ganglionnaire tarderait à s'amender.

Le 28 juillet 1920, c'est-à-dire dix jours après notre premier examen, le patient revient consulter pour trois petites érosions apparues sur le scrotum. Ces érosions sont parfaitement rondes couleur chair musculaire, lisses reposant sur une papule légèrement infiltrée. Manifestement il s'agit là de syphilides papulo-érosives. De plus une roséole discrète, naissante commence à fleurir sur les flancs. Le sujet accuse de l'asthénie, un malaise général inhabituel et se plaint de mal dormir. Nous sommes en présence d'une syphilis secondaire.

La sérologie confirme pleinement la clinique et la réaction de Wassermann s'affirme totalement positive.

Un traitement d'attaque est immédiatement institué sous forme d'une cure mixte arsénobismuthique. Dès la première injection de novarsénobenzol, la roséole apparaît franchement, mais elle ne tarde pas à disparaître après la deuxième injection d'arsenic et la troisième de bismuth. A la fin de la première série, il n'existe plus aucune trace extérieure de syphilis secondaire et le malade a retrouvé un bon état général ».

Ces observations dues à des auteurs consciencieux ne peuvent être mis en doute, quant à la qualifica-

tion de la syphilis sans chancre ; mais on pourrait objecter que les malades ne furent examinés qu'à l'époque de la syphilis secondaire, et que l'accident primitif; trop petit, a pu leur échapper, que la cicatrice n'a pas été retrouvée parce que disparue sans laisser de trace, ou peut-être parce que siègeant dans un endroit difficilement accessible, le rectum par exemple.

C'est pourquoi les deux observations suivantes sont plus troublantes. Ici, la porte d'entrée est inconnue et de plus, les malades ont toujours été sous la surveillance médicale pendant toute la durée de l'incubation syphilitique et pendant le temps où aurait dû paraître l'accident primitif.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de notre maître le Dr Milian).

M. O... âgé de 66 ans, se présente à nous le 6 septembre 1924 porteur d'un chancre induré de la dimension d'une pièce de un franc, siègant à la face interne du prépuce du côté gauche et ayant débuté 17 jours auparavant, soit vers le 20 août. Cet homme, campagnard des environs de Paris, avait eu un rapport extra-conjugal avec la bonne d'un petit café de Caen en fin juin et le 16 juillet.

Cet homme avait eu un rapport avec sa femme en fin juillet puis le 5 août et le 14 août, ce dernier quelques jours (5 ou 6) avant l'apparition du chancre, ainsi que le malade nous l'affirme en ce moment d'une manière absolument catégorique.

Ajoutons qu'à l'époque où cet homme vint nous cousulter pour la première fois la R. W. était négative, même avec le procédé de Desmoulières.

Inquiet sur le sort de sa femme, M. O... et moi, nous décidons d'examiner celle-ci avec soin pendant les semaines suivantes pour surprendre si possible, la contamination.

Le 13 septembre 1924, la femme examinée avec le plus grand soin ne présente aucune écorchure visible ni aux petites ni aux grandes lèvres, ni à l'anus, ni au col de l'utérus, mais, chose assez curieuse, il existe déjà un ganglion inguinal droit du volume d'une noisette. Il est intéressant de souligner ici la présence de ce ganglion, sans chancre, alors que nous sommes à la période réelle où classiquement le chancre peut apparaître; c'est en effet le 14 août qu'a lieu le dernier rapport, c'est-à-dire un mois avant, soit la durée suffisante d'incubation du chancre.

Un nouvel examen pratiqué le 30 septembre 1924, ne montre rien de plus que le 13 septembre. Un autre examen très soigneux ne montra pas davantage d'accident visible, le 25 octobre, et, la réaction de Bordet-Wassermann est négative par le procédé classique comme avec l'antigène de Desmoulières.

Cette femme prit la grippe en décembre, ce qui la soustrayait pendant quelque temps à mon examen. C'est son médecin habituel qui découvrit au mois de janvier, une éruption de roséole et qui, faisant pratiquer dans un laboratoire de Paris l'examen du sang, obtint une séro-réaction positive.

Je l'examinai à nouveau le 27 janvier 1925 et bien que cette malade ait déjà reçu deux injections d'huile grise, elle

présentait sur le corps une cinquantaine d'éléments de roséole des plus typiques.

Les ganglions inguinaux étaient allongés en un cordon du volume d'un petit doigt ; on trouvait un ganglion épitrochléen du volume d'une noisette ; la vulve, l'anus, le col utérin étaient indemnes, le système était normal.

Il est donc incontestable que cette femme avait été contaminée à la période d'incubation du chancre, six jours, il est vrai seulement, avant l'apparition de celui-ci.

M. Milian ajoute en avril 1930 : cette observation me paraît inattaquable, car précisément nous y cherchions avec une idée préconçue le chancre possible, et nous ne l'avons jamais trouvé, même le jour où nous avons constaté l'existence des ganglions inguinaux. »

OBSERVATION XI

(due au Dr Schulmann).

Del..., Jacques, externe des hôpitaux, vient me voir en avril 1928 et me conter son inquiétude. Il y a deux jours, aux suites d'un dîner de thèse, un peu gai, il a eu des rapports a deux reprises avec une jeune femme qu'il a su ultérieurement et de manière certaine être en pleine roséole. J'examine longuement le jeune confrère, je ne trouve aucune porte d'entrée possible sur les organes génitaux et voyant la fiche de traitement de la partenaire, qui est à coup sûr, ultra-contagieuse, je suis fort embarrassé. Je propose un traitement abortif, qui évitera évidemment tout accident, mais qui ultérieurement ne sera pas suivi avec la rigueur nécessaire, ou bien d'attendre patiemment l'avenir. Il s'agit

d un célibataire jeune et sans attache, et je lui fais remar quer que bien des individus pour avoir eu des relations avec une femme malade n'ont pas été contaminés. Malheureusement je vais avoir tort.

Pendant un mois je vois chaque semaine mon client je l'examine consciencieusement, et lui-même s'observe minutieusement chaque jour, sans jamais déceler le moindre élément éruptif, le moindre ganglion anormal. Subitement après cinq semaines d'attente la réaction de Wassermann oscille et donne H5.H3. Inquiets je demande un nouveau en double exemplaire qui nous annonce HO.HO. dans les deux laboratoires. Le même jour je pratique une visite complète et j'aperçois une roséole à petits éléments,thoraco-abdominale indiscutable. Il y a quelques inguinaux bilatéraux, mobiles mais vraiment insuffisants pour faire un diagnostic, ni adénopathie épitrochléenne, ni de la nuque.

Le jeune homme est, bien entendu,mis aussitôt à un traitement intense.

Ces deux observations sont indiscutables, si l'on pouvait y joindre d'autres aussi précises la syphilis sans chancre par entrée cutanée ou muqueuse sans effraction, serait admise sans objections.

Nous nous permettons d'y ajouter cette observation due aussi au Dr Schulmann (Congrès de Copenhague, août 1930).

L'auteur a étudié longuement ailleurs les diverses formes cliniques de la syphilis sans chancre, qu'il croit d'une fréquence relative. Il apporte au congrès le cas curieux d'un

syphilitique très bien traité par le néo-salvarsan et l'huile grise, qui après un intervalle de dix-huit années contracte une nouvelle infection, rentrant selon toute vraisemblance dans le cadre de la syphilis décapitée.

Schulmannécarte sans discussion la superinfection vu sa compétence en la matière cette observation paraît indiscutable. C'est pourquoi nous avons jugé qu'on pouvait la rajouter aux cas de syphilis sans effraction,

INOCULATION VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE

Accidentellement, à la suite de transfusion sanguine faite dans un but thérapeutique ou de rajeunissement, il a été donné de voir se développer des syphilis sans chancre par inoculation veineuse périphérique.

Avec l'augmentation de la pratique de la transfusion sanguine les cas de syphilis par inoculation veineuse se multiplient et on conçoit l'importance de ces faits qui peuvent engager la responsabilité du médecin.

MM. Gougerot et N. Fiessenger d'une part, et MM. Gougerot et Brunot d'autre part, dans un article qui va paraître incessamment, disent avoir vu, provenant du même institut de transfusion : deux syphilis sans chancre datant de la même époque.

C'est pourquoi en voulant nous étendre un peu sur la contagiosité du sang dans la syphilis nous sommes forcés de rappeler les expériences de Uhlenhuth et de ses collaborateurs, nous en citerons d'autres pour démontrer la contagiosité du sang syphilitique à toutes les périodes de la maladie.

Du temps de Ricord, Waller de Prague (1850) inocula avec résultat positif, le sang d'une femme

en pleine éruption, secondaire sur une surface sacrifiée de la cuisse d'un jeune homme qui souffrait de tuberculose de la face.

En 1854 le célèbre anonyme de Pfalz (Dr Bettinger) inocula le sang d'une femme ayant des éruptions sur la peau et les muqueuses, à six hommes, souffrant d'ulcères de la jambe, et obtint chez trois d'entre eux un résultat positif.

En 1860 Pellizarri inocula, sur la peau sacrifiée de trois étudiants en médecine, le sang d'une femme enceinte qui avait des papules érosives de la vulve et de l'anus, et obtint un résultat positif chez le premier des étudiants, à qui avait été appliqué le sang chaud et non encore coagulé.

En 1861 Lindwürn, de Munich, obtint aussi des résultats positifs.

Ces résultats confirmaient la contagiosité du sang chez les syphilitiques secondaires. Il suffit d'hémolyser le sang d'un malade atteint de roséole syphilitique dans de l'eau distillée,de centrifuger la solution ainsi obtenue, pour pouvoir constater dans le culot de centrifugation la présence de tréponèmes incontestables (Nattan-Larrier).

Quand les animaux de laboratoire furent découverts la contagiosité du sang dans la syphilis fut prouvé à toutes les périodes.

Pour la période primaire et secondaire par E. Hoffmann, Neisser, Aumann et Graetz, Frühwahld, Artz et Kel, Hartwel, et surtout par Uhlenhuth et Mul-

zer ; cinq jours après l'inoculation le sang s'est montré contagieux.

Trente-cinq inoculations de sang de syphilitique en période de latence furent effectuées, cinq donnèrent des résultats positifs.

Dans la syphilis tertiaire Uhlenhuth a également prouvé la contagiosité du sang ; Levaditi dans la paralysie générale progressive ; Uhlenhuth et Seifert dans la syphilis congénitale tardive.

V. Feldmann dit que dans la syphilis tertiaire au cours des expériences déjà effectuées on n'a obtenu qu'un résultat positif sur huit et cinq sur trente-cinq dans la syphilis latente. Il ajoute :

« Ces cas montrent, en outre que même chez les anciens syphilitiques, le tréponème passe de nouveau, de temps à autre, des foyers de latence jusque dans le sang. Ce dernier qui de coutume, est un milieu défavorable au tréponème (parasite histogène par excellence) devient alors contagieux.

M. Milian a démontré que sans avoir recours à l'expérience, la clinique est aussi démonstrative. Il est impossible d'expliquer autrement la syphilisation des plaies chirurgicales, et il fut le premier à donner des exemples de traumatismes de la peau devenant le siège de développement de syphilides ulcéreuses chez un syphilitique dont la syphilis paraissait éteinte depuis longtemps, il fallait que le tréponème circulât de temps en temps dans le sang, et s'arrêtât dans la plaie ou dans la cicatrice résultant du traumatisme.

Ces petites septicémies expliquent que d'une mère syphilitique naît toujours un enfant syphilitique, ou mieux encore que les femmes mariées à des anciens syphilitiques sans accidents en évolution, ni symptômes contagieux soient si souvent contaminées.

Dans les *Annales des maladies vénériennes* (1928), Metchersky a publié 2 cas d'épouses de syphilitiques restées saines pendant plusieurs années de vie conjugale, et qui s'infectent tout de suite après la réactivation de la syphilis du mari. Metchersky explique ces faits par le passage des tréponèmes des foyers de latence dans le sang et dans le sperme.

On retrouve cliniquement des observations qui prouvent cette contagiosité du sang dans la syphilis à toutes les périodes ; nous allons les citer :

A la période primo-secondaire correspond :

OBSERVATION XII

(due à MM. Constantinescu et Vatamanu).

« Une femme de 42 ans, mariée, se présenta au Dr Constantinescu couverte d'une éruption de syphilides papuleuses, accompagnée de syphilides papulo-érosives, vulvaires et amygdaliennes, datant de six semaines environ.

L'examen le plus minutieux ne permettait de retrouver la trace du chancre, et on ne trouvait pas non plus de ganglions hypertrophiés dénotant l'existence antérieure de ce chancre. Par contre, cette femme avait subi dans un service hospitalier de Bucarest une transfusion sanguine de

150 grammes, pour une anémie suite d'une métrorragie abondante.

Or, tandis que cette femme assurait n'avoir jamais eu de rapports sexuels depuis sa transfusion, que, d'autre part, son mari âgé de 51 ans ne présentait aucune trace de syphilis, et avait des réactions sérologiques négatives, le donneur de sang, âgé de 20 ans, présentait au moment de la transfusion, un chancre de la verge en voie de guérison, que les événements ultérieurs vinrent montrer syphilitique. A l'époque de l'examen des Drs Constantinescu et Vatamanu, en effet, le sujet donneur de sang était couvert de syphilides érosives péniennes et amygdaliennes et présentait un Wassermann fortement positif en même temps qu'on trouvait de nombreux tréponèmes sur ses lésions syphilitiques. Le patient ignorait la nature de sa maladie, lorsque sollicité par le fils de la patiente, son ami, il consentit à donner son sang pour sauver la malade. Il est certain que dans un cas pareil l'inoculation a dû être massive. »

Période secondo-tertiaire :

OBSERVATION XIII

(due au Dr V. Feldmann).

La veuve Tch..., âgée de 33 ans, a été admise le 22 mars 1927, dans le service de syphiligraphie de l'Institut. Elle se plaignait de maux de tête et des articulations, surtout violents pendant la nuit, et d'éruption sur tout le tronc.

Dans les antécédents héréditaires, rien de particulier. Dans les antécédents personnels de Mme Tch..., nous trouvons qu'elle est née deux mois avant terme. Pendant son

enfance, elle a eu la rougeole, la scarlatine, une néphrite, une pneumonie, un typhus exanthématique et un paratyphus. Elle a été réglée à 15 ans, mais les règles viennent toujours irrégulièrement et se prolongent assez longtemps. Ces trois dernières années, elle souffre de métrorragies profuses.

En 1924, elle se marie, mais dans la première année de son mariage, très nerveuse et ayant toujours peur, elle n'a pas eu de rapports avec son mari ; ensuite, elle a eu quelques rapports ; mais, souffrant de vaginisme, elle s'abstenait de tout acte sexuel.

Son mari, après une année de maladie, est mort de tuberculose pulmonaire, en 1926. C'est alors que se développe chez notre malade des symptômes graves d'épuisement, de faiblesse générale très grande, et en même temps s'aggrave la métrorragie, contre laquelle tout traitement reste inefficace. On fit deux fois le curettage ; mais, après deux mois de repos, la métrorragie recommença avec la même abondance.

On a tenté, alors, dans un des hôpitaux de Moscou, la transfusion du sang. Le 25 novembre 1926, à 7 heures du soir, on a injecté dans la veine cubitale droite de notre malade 645 cmc. du sang de donneur, Mme A... (III^{e} groupe). La malade a très bien supporté l'opération.

Etant donné que la métrorragie a diminué beaucoup après la transfusion, on en a fait une autre le 3 février 1927. Cette fois on a pris du sang chez le donneur M. I... L'opération a été de nouveau très bien supportée par notre malade, et le 4 février 1927, elle a quitté l'hôpital en assez bon état de santé.

Le 6 ou 7 février, donc deux à trois jours après la sortie de l'hôpital, notre malade a remarqué sur son corps l'éruption rosée, qui s'accompagnait (?), d'après elle, d'un faible prurit.

Le 21 février, Mme Tch..., s'est adressée au même hôpital ; mais, ici, le caractère de l'éruption n'était pas reconnu (il n'y avait pas dans cet hôpital de médecin compétent en dermatologie).

Le 18 mars, la malade appelle un médecin dermatologiste qui porte le diagnostic de roséole syphilitique, fait une piqûre mercurielle, et ensuite, dans 4 jours 2 injections intraveineuses de néosalvarsan (en tout 0 gr. 22).

Le 22 mars, la malade, comme nous l'avons dit, a été admise dans notre service, où j'ai pu constater une roséole lenticulaire très abondante et une adénite épitrochléenne bilatérale ; chaque ganglion avait le volume d'un œuf de pigeon ; les autres ganglions n'étaient pas augmentés de volume.

Je n'ai pu constater ni chancre, ni trace de chancre. Rien du côté de la vulve et de l'anus ; l'entrée du vagin et le vagin lui-même sont très étroits ; le col de l'utérus est conique ; l'utérus, petit, est en antéversion et en antéflexion ; on ne peut rien noter sur la muqueuse du vagin, ni sur celle du col.

Système nerveux : humeur toujours triste, nervosité extrême ; réflexes tendineux très vifs ; réflexes pathologiques n'existent pas. Poids : 53 kilos. Urine normale.

Sang : hémoglobine 49 %. Globules rouges 5.200.000. Leucocytes, 8.000. Formule sanguine : lymphocytes, 29 % ;

leucocytes polynucléaires, 57 % ; monocytes 4 % ; éosinophiles 6 % ; basophiles 3 % ; cellules de Turk 1 %.

B.-W. et réaction de Sachs-Georgi : très positives.

Quand le diagnostic de la syphilis a été posé, nous avons cherché la source de la contagion.

La malade affirme, d'une façon catégorique, qu'elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis la mort de son mari ; chaque fois qu'elle pensait à cela, elle était saisie d'horreur. En outre, jusqu'au 4 février 1927 elle se trouvait très malade à l'hôpital, où la possibilité d'un coït était exclue. D'après les dires catégoriques de sa sœur, chez laquelle notre malade avait habité tout le temps, elle n'a eu aucun rapport sexuel après la mort de son mari.

Toutes les recherches faites pour retrouver le chancre ou bien ses traces, aussi bien à l'hôpital où a été effectuée la transfusion du sang, que dans notre service, sont restées vaines. Sur le col de l'utérus on ne pouvait noter rien de particulier. Les ganglions n'étaient pas du tout augmentés, sauf les ganglions épitrochléens des deux côtés.

Dans ces circonstances, il fallait absolument exclure une infection génitale de la syphilis. Notre attention s'est alors portée sur les donneurs.

Le deuxième donneur, M. I... n'a soulevé aucun doute ; son B.-W. a donné plusieurs fois un résultat négatif ; d'une constitution pléthorique, il a donné gratuitement son sang et non pour la première fois ; en outre son sang a été transfusé le 3 février, et la roséole est apparue le 7 février, c'est-à-dire après quatre jours.

Le premier donneur, Mme A..., infirmière sans travail, a donné son sang pour la première fois. Son B.-W. qui a été

fait à l'hôpital même, dix-neuf jours avant la transfusion, a donné un résultat négatif aussi bien que l'examen clinique effectué le même jour par un médecin de l'hôpital. Immédiatement avant la transfusion, on ne répéta ni l'examen sérologique, ni l'examen clinique.

Jusqu'au 16 mars 1927, elle ne revint pas à l'hôpital. L'examen clinique pratiqué alors à l'hôpital, fut de nouveau négatif ; mais les réactions de B.-W., de Sachs-Georgi et de Meinicke ont donné cette fois-ci, un résultat (++) ; répétées quatre jours après la réaction de B.-W. est restée positive (++), la réaction de Sachs-Georgi est négative.

Elle a été alors envoyée de l'hôpital à l'Institut Vénéréologique d'Etat, mais ne s'y est présentée que le 10 mai 1927. Elle nous fournit les renseignements suivants : elle est veuve, âgée de vingt-sept ans ; son père et sa mère sont bien portants ; elle se maria, pour la première fois, à l'âge de seize ans, et divorça trente mois plus tard ; de ce mariage, elle a un garçon de dix ans, qui, à son dire, est bien portant (il habite loin de Moscou). Deux ans après le divorce, elle se remarie de nouveau et vit avec son mari pendant deux ans (il fut tué à ce moment). De ce mari elle ne fut pas enceinte. Dix-huit mois après la mort de son second mari, elle devient la maîtresse d'un homme marié, qui d'après elle, est bien portant, aussi bien que sa famille.

Elle ignorait complètement sa maladie et sa syphilis n'avait jamais été soignée. Elle donne très sincèrement tous les renseignements qu'on lui demande et se soumet très volontiers à tous les examens. C'est avec le plus grand soin que j'ai cherché chez elle les traces du chancre induré ou bien les manifestations de la syphilis secondaire, car nous

supposions d'abord qu'elle s'était infectée immédiatement avant l'opération de la transfusion. Le premier résultat négatif du contrôle sérologique (dix-neuf jours avant la transfusion) aurait alors exprimé la période négative de la syphilis primaire. A l'appui de cette hypothèse, nous avons les arguments suivants :

1° Le sang, comme on le sait, est surtout contagieux pendant les périodes primaire et secondaire de la syphilis ;

2° Le donneur, Mme A..., était à cette époque sans travail, menait une vie misérable, n'avait pas même de logement à elle. Elle donna son sang pour gagner de l'argent. Dans l'hôpital où la transfusion du sang fut effectuée, on soupçonnait qu'elle gagnait sa vie en se prostituant.

Mais, malgré tous mes efforts, je n'ai réussi à trouver ni chancre, ni manifestations de syphilis récente, ni polyadénite marquée.

Je fus donc très surpris de trouver, dans la région du grand trochanter gauche et dans la région lombaire, quelques papules très peu infiltrées, groupées en amas, en arcs de cercle et en fer à cheval, de couleur rose foncée, recouvertes de croûtelles jaune cire. Quelques papules du même genre étaient dispersées sur la poitrine et sur les épaules. La malade prétend avoir remarqué cette éruption seulement trois ou quatre semaines avant mon examen. Lors de la transfusion, elle n'avait pas d'éléments éruptifs. La vulve, le vagin, le col de l'utérus, ni les muqueuses de la bouche, ni le système osseux ne présentaient des signes pathologiques. On sentait les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et inguinaux, mais ils étaient vraiment trop petits. Aux poumons, aux viscères abdominaux et au sys-

tème nerveux, rien de particulier. Les réactions de B.-W. et de S. G. donnaient un résultat fortement positif. Le liquide céphalo-rachidien : albumine 0,06 % ; la réaction Nonne (phase I) et la réaction Weichbrodt, positives ; la réaction Pandy, négative ; le nombre des lymphocytes, 20 par mmc. ; B.-W. avec 0,2, 0,5, 1,0, négatifs.

L'une des papules, situées près du grand trochanter gauche, fut biopsiée, et le résultat de l'examen histologique fut le suivant :

Epiderme très bien marqué ; par places, on voit même de l'acanthose ; la couche n'est pas trop large ; les couches granuleuse, épineuse et basale ne présentent rien de particulier ; la couche superficielle de la peau proprement dite est infiltrée et cette infiltration se propage dans la profondeur, en suivant les vaisseaux et les follicules pileux ; l'infiltration est constituée par une grande quantité de cellules plasmatiques et des lymphocytes, des cellules épithélioïdes et des fibroblastes. Le tableau histologique rappelle beaucoup celui du syphilome (Mlle M. Iliina, assistante du service anatomo-pathologique de l'Institut).

Sous l'influence du traitement (11 injections de Bijochinol, préparation russe, composée de Bi, d'iode et de quinine, correspondante au Quinby, et 1 gr. 35 de néo-salvarsan), tous ces éléments éruptifs ont disparu. A la fin du traitement (32 gr. de Bijochinol et 4 gr. 35 de néo-salvarsan), B.-W. et S. G. restent positives.

Le diagnostic de la syphilis, chez Mme A..., a donc été posé cliniquement, sérologiquement (sérum et liquide céphalo-rachidien), et histologiquement, et il a été confirmé par le traitement.

Les éléments éruptifs papuleux, très peu infiltrés, dispersés sans aucune symétrie, groupés en amas et arcs de cercle indiquaient catégoriquement une récidive papuleuse tardive.

Il faut penser qu'au moment de la prise du sang, trois semaines avant la transfusion, le donneur, Mme A..., se trouvait au seuil de cette récidive. Alors s'expliquent les résultats des examens sérologiques (16 novembre 1924, négatif ; 14 et 20 mars 1927, positif ; et 10 mai, fortement positif), de même que ceux des examens cliniques, d'abord négatifs, puis positifs.

Comme il n'y avait, chez notre malade, Mme Tch... (qui a reçu le sang de Mme A...) aucune trace de chancre, ni de lymphadénite correspondante ; que le caractère de l'éruption roséolique (extrêmement abondante) ne laissait aucun doute que nous avions devant nous un cas de syphilis récente et non de syphilis tardive, et que la malade était restée toute la période de l'incubation secondaire à l'hôpital, où la possibilité de l'infection génitale est tout à fait exclue, il me semble indubitable que j'ai eu à faire à un cas de syphilis d'emblée. La confrontation a, du reste, confirmé la syphilis du donneur Mme A...

Dans l'ordre de la syphilis tertiaire, nous trouvons la possibilité de donner la syphilis par transfusion sanguine. Les deux observations suivantes en font foi.

OBSERVATION XIV

(Due à MM. Spillmann et Morel.)

Un médecin aperçoit un beau matin sur sa poitrine et sur son abdomen une éruption érythémateuse constituée par de petites taches de décoloration rose pâle s'effaçant à la pression. L'éruption a été précédée par un état de malaise accompagné d'asthénie et de céphalée. Inquiet de cette éruption à type de roséole qui lui paraît inexplicable, il demande conseil à un confrère qui procède à un examen clinique méthodique et effectue un prélèvement de sang. L'examen clinique ne révèle aucune lésion cutanée ou muqueuse, ancienne ou récente et aucune réaction ganglionnaire ; l'examen sérologique exécuté dans deux laboratoires dirigés par des sérologistes compétents, est nettement positif.

J'ai l'occasion d'examiner ce médecin quelques jours après. L'éruption de roséole est tout à fait caractéristique et la sérologie effectuée au laboratoire de sérologie, annexé à mon service, et dirigé par M. le Professeur Agrégé de Lavergne est positive pour la troisième fois. Malgré l'absence de chancre, je n'hésite pas à confirmer le diagnostic de syphilis secondaire récente et à conseiller le traitement par injections intra-veineuses de novarsénobenzol.

A la 1re injection, la roséole s'accentue ; elle disparaît entre la 2e et 3e en même temps que les phénomènes généraux s'atténuent et disparaissent.

Restait à savoir dans quelles conditions la contamination s'était réalisée. Le mystère ne tarda pas à nous être dévoilé.

Un mois environ avant l'apparition de la roséole, notre

malheureux confrère était appelé au chevet d'une malade qui avait présenté des hémorragies très abondantes à la suite d'une délivrance artificielle. La situation était critique et légitimait une transfusion. Le mari de la malade n'ayant pas manifesté un grand enthousiasme, pour cette intervention, le médecin n'hésita pas à s'offrir comme donneur. L'opération s'effectua dans des conditions assez difficiles avec un appareillage de fortune ; au cours de la transfusion, les aiguilles se bouchèrent et le médecin qui opérait fut obligé de passer à leur intérieur un mandrin métallique. L'état de la malade s'aggravant de minute en minute, les aiguilles furent remises en place sans avoir été stérilisées, et il semble que dans l'affolement général, les aiguilles aient été interverties. L'aiguille qui avait servi pour la femme fut appliquée au médecin et inversement. La malade ayant succombé peu après la transfusion, il est impossible de savoir si elle présentait des signes de syphilis évolutive ; mais elle avait fait trois ans auparavant un avortement et avait deux enfants vivants, dont l'un présente actuellement des signes indiscutables d'hérédo-syphilis. L'hémorragie qui devait avoir des suites fatales était survenue à l'occasion d'un accouchement prématuré du sixième mois. Le placenta et le fœtus semblaient normaux. Le mari de la malade était syphilitique depuis six ans et avait été traité par des injections arsenicales et présentait encore au moment de l'apparition de la roséole chez le médecin un Wassermann positif.

OBSERVATION XV

(due au Dr Dufour)

Une jeune femme atteinte d'une anémie prononcée à la suite d'une deuxième grossesse, anémie ne présentant pas de caractère pernicieux, est, à la demande de ses parents, soumise à une transfusion sanguine fin juillet 1926 Ni cette jeune femme, ni chez son mari, chez lequel une réaction de Bordet-Wassermann a été pratiquée ultérieurement, ne sont entachés de syphilis.

Deux mois et demi après la transfusion, opérée par un spécialiste de la transfusion avec le sang d'un donneur, chez lequel le B.-W s'est montré négatif à deux reprises, se déclare chez la transfusée une éruption, qui évolue d'abord livrée à elle-même parce que méconnue sans plaques muqueuses ni adénopathie. Le sang prélevé au bout de quelques temps donne la réaction de Wassermann positive ainsi que le Vernes et le Sachs-Georgi.

A la suite du traitement par le néosalvarsan, en injections intra-veineuses, et par le bismuth, l'éruption disparut et les réactions sanguines s'atténuèrent pour devenir négatives par la suite avec la continuité du traitement.

Bien entendu, toutes les autres possibilités de contamination ont été consciensement recherchées et écartées.

Toutes les suppositions sont possibles. Toutes les objections peuvent être formulées, d'ailleurs sans aucune preuve de la part de ceux qui les présenteront.

Il n'en reste pas moins établi par moi qui ai suivi la malade depuis des années, qui ai assisté à tous les incidents

pathologiques de sa famille et d'elle-même depuis des années, qu'il y a un rapport de cause à effet entre la transfusion et la syphilis qu'à présenté cette malade. »

Critique succincte des observations relatives à l'inoculation veineuse périphérique. — Pour l'observation XII nous n'avons pas les délais d'apparition des acccidents syphilitiques après la transfusion. Il semble néanmoins qu'on ne puisse évoquer une autre cause que celle-ci.

Obs. XIII. — Aucun doute quant à la contamination par Mme A... Le délai d'apparition de la roséole de Mme Tch... est d'ailleurs d'environ 70 ou 75 jours, donc en rapport avec l'expérimentation.

Obs. XIV. — Ici, malgré l'absence d'adénopathie qui semble confirmer l'absence d'un accident primitif, cette observation est sujette à caution ; car la quantité de sang reçue par le médecin était minime et la roséole parut 30 jours après l'inoculation, donc brûlant les étapes, tandis que l'expérience montre que l'incubation de la roséole est de 60 à 80 jours.

Obs. XV. — Les délais donnés par M. Dufour sont de 70 jours. Donc tout à fait dans la moyenne de l'expérimentation On doit invoquer à nouveau qu'au moment de la transfusion le donneur était en état de septicémie tréponémique passagère et que celle-ci a disparu spontanément. La confrontation du donneur pourrait seule donner la clé du problème, et dans le cas d'un aveu de syphilis antérieure

prouverait de façon péremptoire qu'un syphilitique tertiaire, même avec un B.-W négatif, est capable de transmettre parfois sa maladie par le véhicule de son sang.

Obs. XVI (due à M. Tzanck). — Elle rentre aussi bien dans le cadre de la syphilis conceptionnelle, que dans celui de la syphilis par inoculation veineuse périphérique ; pour celle-ci les délais d'apparition de la roséole (70 à 75 jours) confirment pleinement les résultats connus grâce à l'expérimentation.

Conséquences pratiques pour le choix d'un donneur. — Il ressort de l'étude de ces observations, qu'on ne saurait être trop circonspect dans le choix d'un donneur ; qu'en dehors de la recherche des incompatibilités de groupes, il faut que le donneur soit examiné par un médecin spécialiste et que ses réactions sérologiques faites par les méthodes les plus sensibles soient toujours négatives ; que celles-ci soient répétées et d'autre part aussi récentes que possible lors de la transfusion

INTERPRÉTATION DES FAITS

Par l'exposé de ces faits, on voit que l'on peut grouper les syphilis sans chancre en deux grandes catégories : 1° par inoculation vasculaire ; 2° par inoculation trans-cutanée.

1° *Par inoculation vasculaire* :

a) artérielle : celle de l'hérédo-syphilis.

b) veineuse : celle de la syphilis sans chancre par transfusion sanguine.

L'incubation de la roséole après transfusion sanguine est la même que la période d'incubation de la roséole après le chancre ; la roséole qui suit le chancre apparaît en général 65 jours après la contamination (20 jours d'incubation, 45 jours de chancre). Celle qui suit la transfusion apparaît également de 60 à 80 jours après celle-ci (la seule exception est le cas de Spillmann et Morel). L'expérimentation effectuée sur les lapins (Uhlenhuth et ses collaborateurs) confirme d'ailleurs la clinique.

2° *Chancre trans-cutané.*

Nous revenons sur l'appellation de syphilis sans chancre en examinant l'histologie de ce chancre, qui montre que les tréponèmes se logent en

grandes quantités à la périphérie et à l'intérieur, non seulement des lymphatiques, mais aussi des vaisseaux sanguins ; ainsi le tréponème paraît déjà dans le sang avant l'apparition du chancre. On devient syphilitique dès le moment de l'infection. Le chancre ne signifie pas le commencement de la maladie, mais simplement une réaction des tissus en presence du tréponème.

Comment expliquer l'absence du chancre dans les cas d'inoculation trans-cutanée ? En disant qu'il y a anallergie de l'organisme vis-à-vis du tréponème, on n'explique rien, car cela veut dire absence de réaction de l'organisme au point d'inoculation de la maladie ; mais qui dit syphilis sans chancre dit la même chose ; la question est de savoir pourquoi il y a anallergie ; or l'examen des faits permet de retrouver parmi les causes essentielles de cette anallergie, deux conditions importantes :

Insuffisance du germe envahisseur.

Réaction de défense du sujet envahi.

Insuffisance du germe envahisseur. — L'observation rapportée par M. Milian en est la preuve : le campagnard était porteur d'un chancre histologique, c'est-à-dire non encore visible, quand il contamina sa femme.

Cette insuffisance de germe se retrouve quand les sujets contaminants ont déjà reçu un traitement spécifique.

Défense du sujet. — Le sujet se défend, soit quand il a déjà été infecté par le tréponème précédem-

ment, soit sous l'action d'une médication anti-syphilitique administrée au sujet envahi sous forme de médication abortive, l'observation suivante, due au professeur Audry, en fait foi.

OBSERVATION XVI

Mme X..., 30 ans, vient me montrer une érosion rose, lisse et superficielle de la commissure labiale droite, datant d'une quinzaine de jours, associée à des altérations semblables disséminées sur les gencives (le malade est en traitement pour des caries dentaires). Diagnostic : stomatite à surveiller. Quatre jours plus tard, état à peu près stationnaire ; légère adénite sous-maxillaire sans caractère net. Réaction de Wassermann négative dans le sang de Mme et de son mari (qui l'accompagne et qui est sain). Je ne revois le ménage que deux mois plus tard, la lésion buccale ayant guéri. A ce moment, Mme est en pleine éruption de syphilis : roséole, papules, plaques muqueuses amygdaliennes : R. W. +. Monsieur est sain, avec une R. W. —. A ce moment-là seulement, suppression des rapports conjugaux (qui avaient été repris après une interruption momentanée pendant la période d'inquiétude).

Traitement spécifique de Mme (6 injections I.-V. de novarsénobenzol et 12 ampoules intra-fessières de Quinby). Le mari prend trois ou quatre comprimés de stovarsol pendant six jours, à deux reprises, séparées par un intervalle d'une semaine.

Pendant tout le traitement de Mme, il l'accompagne et je peux ainsi le suivre. Après les sept semaines de durée de

traitement de Mme, Monsieur reste cliniquement indemne de tout accident et sa réaction de Wassermann est négative.

Un mois plus tard, c'est-à-dire deux mois après la fin du traitement de Mme, trois mois et demi après la suppression des rapports conjugaux, et le traitement par le stovarsol, Monsieur, toujours sain extérieurement, offre une réaction de Wassermann tout à fait et indubitablement positive. Vérifiée, renouvelée et contrôlée, il fut traité.

Un an après ces événements, le ménage continuait à se bien porter, mais la sérologie de Monsieur était négative, et celle de Mme présentait une récidive.

Entre temps, un retour attentif sur le passé, avait conduit les deux à supposer que la contamination s'était vraisemblablement effectuée au cours de petit jeux de société dits « innocents » avec échange de baisers. A ce jeu avait pris part, un peu malgré lui, un personnage dont on avait su que la santé de ce chef n'était pas rassurante.

Ici le stovarsol empêcha l'apparition du chancre et fit reculer la date d'apparition des accidents secondaires.

M. Milian dit : « lorsqu'il se produit une superinfection syphilitique, il peut être constaté des accidents secondaires sans chancre au point d'inoculation. Ce qui rentre dans les cas d'immunité diminuant les réactions cutanées locales au point d'infection. C'est, si l'on veut, l'analogue de ce qui se passe dans la réaction de Dick où de Schick ou le sujet immunisé ne présente aucune réaction locale cutanée vis-à-vis de l'antigène.

L'observation de Schülmann (Congrès de Copenhague, 1930) semble rentrer dans cette catégorie de faits ainsi que la suivante due à M. Milian (*Progrès Médical*, 1910) :

J'ai vu un médecin, syphilitique depuis dix ans, présenter, trois semaines après un coït avec une femme qu'il reconnut au moment du coït, atteinte d'accidents secondaires, mais qu'il ne crut pas devoir repousser, se sachant vacciné, une dizaine de petites papules squameuses, typiques, disséminées dans la région du dos, en même temps qu'il se plaignait d'une céphalée assez vive, symptômes qui disparurent sous l'influence du traitement mercuriel que je lui conseillais mais qui l'avait alarmé car il n'avait plus d'accidents depuis longtemps.

CONCLUSIONS

Les conclusions qui se dégagent de cette étude sont de plusieurs ordres, et intéressent la pathologie générale, la syphiligraphie, la pratique médicale courante, toutes les fois que celle-ci s'adresse à la transfusion.

1° Au point de vue de la pathologie générale, elle assimile la syphilis à de nombreuses autres maladies, qui, quoique présentant habituellement un chancre d'inoculation au point d'entrée de l'agent pathogène, peuvent dans certains cas bien précis, en particulier l'inoculation strictement vasculaire, évoluer sans lésions au point d'entrée.

Le chancre nous apparaît donc comme une réaction, une réponse cutanée ou muqueuse locale à l'infection, habituelle mais non-obligatoire.

2° Au point de vue proprement syphilitique, notre travail entraîne les conclusions suivantes :

a) Il existe des syphilis sans chancre. Ces syphilis se manifestent, soit par une réaction glanglionnaire, soit par l'apparition d'accidents de la série secondaire ou secondo-tertiaire, qui sont alors le premier symptôme. Si donc on conserve pour le chancre l'appellation d'accident primitif consacrée par l'usage, il

faut savoir que cette appellation comporte quelques réserves.

b) L'hérédo-syphilis mise à part, ces syphilis sans chancre semblent rester exceptionnelles : on ne peut en effet retenir comme probantes que les observations strictement rigoureuses ; et nous n'avons pu en recueillir qu'un nombre restreint.

c) Le praticien néanmoins ne doit pas négliger la recherche systématique et minutieuse du chancre ou de sa cicatrice dans tout examen de syphilitique.

3° Au point de vue plus particulier de la transfusion sanguine, l'existence, aujourd'hui incontestable, de cas d'inoculation de donneur à receveur, doit faire multiplier les précautions ayant pour but de s'assurer de la bonne santé du donneur. Aussi, en dehors des cas d'extrême urgence, faut-il procéder à un examen complet du donneur, tant clinique que sérologique. De même, quand on a à sa disposition un donneur professionnel, il ne suffit pas que cet examen ait été effectué une fois : il importe de le renouveler à intervalles assez rapprochés ; tous les mois au moins, et le plus près possible de la date de la transfusion.

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Almkwist. — Derm. Woch., 1913, Bd. 56.

Audry. — Précis des maladies vénériennes.

Audry et *Lechatelier.* — Syphilis cryptocarnique à début ganglionnaire (Ann. de derm. et syph., juillet 1921).

Audry. — Bull. soc. Fr. D. et S., 1926.

— Bull. Soc. Fr. D. et S., 1929.

Bernadet. — Th. Toulouse, 1922.

Bettmann. — Arch. f. Derm. u. S. Bd., 100.

Castelnau. — Ann. des mal. de la peau de Cazenave, 1850.

Chausit. — Ann. des mal. de la peau de Cazenave, 1850.

Clément-Simon. — Traité de pathologie médicale, 1925.

Constantinescu et *Vatamanu.* — Bull. soc. Roum. de Derm. et Syph., 1928.

Cordier. — Ann. de Dermatologie, 1894.

Darier. — Précis de Dermatologie, 1928.

Diday. — Histoire naturelle de la syphilis.

Dufour. — Soc. Méd. des Hôp., 1929.

Feldmann. — Rev. Fr. de Derm. et Syph., 1928, n° 6.

Fournier. — Syphilis et mariage.

— Tome I.

Gambérini. — Ann. des mal. de la peau de Cazenave, 1850.

Gaucher. — Ann. Mal. Vén., 1917.

— Ann. Mal. Vén., 1922, n° 1.

— Le chancre et les syphilides.

Gougerot, — Soc. Méd. des Hôp., 1921.

— Syphilis acquise sans chancre (Soc. Méd. Hôp., 1922).

Gougerot, Blum et *Garnier.* — Séance inaugurale de la Société de Dermatologie de Lyon, 1929.

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1889.

Kaposi. — Pathologie und therapie der syphilis, 1901.

Kohle. — Münchner med. Woche, 1927, n° 6.

Lévy-Bing et *A. Carteaud.* — Ann. des mal. vén., nov. 1930.

Lévy-Solal, Tzanck et *Uhry*. — Soc. Méd. Hôp., 1927.
Metchersky. — Ann, mal. vén., 1928.
Milian. — Progrès médical, octobre 1908.
— Progrès médical, 1910.
— Rev. Fr. de Derm. et Syph., 1925.
— Paris Médical, avril 1930.
Mülzer. — Syphilis dans la clientèle, 1926.
Neisser. — La syphilis expérimentale, 1907.
Nicolau. — Ann. de Derm., juillet 1916.
— Ann. Derm., 1926.
Pellegrin. — Thèse de Paris, 1930.
Polland. — Arch. f. D. u. S., 1913.
Schulmann. — Congrès de Copenhague, 1930.
Spillmann et *Morel*. — Bull. soc. fr. derm. et syph., 1926.
Truffi. — Congrès de Copenhague, 1930.
Uhlenhuth. — Med. Kl, nos 38, 39, 40, 1922.
Uhtenhuth et *Grossmann*. — Arch. f. D. u. S. Bd, 152, no 3.
— Med. Kl, 1926, no 6.
Verchère. — Congrès internat. de méd. Rome, 1894.
Walsch. — Ann. de Derm., 1910.
Weller. — D. W., 1922, no 36.

1132. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 12-30